49e Année, IIIe Série, t. III. NUMERO 38. 22 septembre 1881.

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le N° : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe. 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMERO :

Se vend chez tous les libraires. — Dépôt à la librairie Frédéric Henry, 53, rue de l'Ecole-de-Médecine, qui reçoit les abonnements.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL LAENNEC.

(Conférences cliniques de M. le Docteur Damaschino) (1).

Paralysie pseudo-hypertrophique.

La paralysie pseudo-hypertrophique fait partie du groupe de ces affections qui, à cause de leur rareté même, sont peu étudiées, très souvent méconnues et paraissent, de ce fait, encore moins fréquentes qu'elles ne le sont en réalité. Cette affection décrite pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), et caractérisée par un affaiblissement musculaire considérable coïncidant avec un développement des muscles quelquefois énorme, peut se montrer sous des formes un peu différentes. Une malade du service en est un exemple remarquable, en ce sens que chez elle, sous l'influence du traitement, la maladie paraissait en voie d'amélioration. Cette jeune fille racontait n'avoir présenté les premières atteintes de sa maladie que vers l'âge de 10 à 12 ans. M. Damaschino a fait remarquer à ce sujet que ce début tardif, qui peut se montrer quelquefois, est tout à fait exceptionnel et que le plus souvent c'est à l'âge où les enfants commencent à marcher que l'on s'aperçoit des premiers accidents. D'ailleurs, lorsque l'on interrogeait attentivement cette jeune fille, on reconnaissait bientôt que la maladie remontait plus loin. En effet elle a marché tard, et même dans cette première période elle a toujours eu beaucoup de difficultés pour monter les escaliers, ou pour se relever lorsqu'elle était tombée. Ce n'est que plus tard, vers l'âge de 10 à 12 ans, qu'on remarqua l'augmentation de volume des mollets. Depuis, tous les caractères de la maladie se sont accentués ; cette augmentation de volume porte aussi sur les muscles des cuisses, des fesses, qui forment une saillie d'autant plus considérable qu'il existe une véritable ensellure, caractère qui se retrouve toujours dans les différents faits qui ont été observés. Cette ensellure est due à la faiblesse des muscles fessiers malgré leur volume, ainsi que des muscles spinaux qui sont toujours atteints également. Actuellement, cette malade, bien que très modifiée sous ce rapport par le traitement qu'elle a subi, présente un autre phénomène caractéristique : c'est un dandinement particulier dans la démarche qui fait qu'elle s'incline alternativement du côté où elle pose le pied par terre. Dans ce cas, ce caractère est très peu marqué, mais Duchenne (de Boulogne) qui ne l'avait trouvé dans aucune autre forme de paralysie, le considérait comme tout à fait spécial à cette maladie. Chez elle cependant la marche, qui est assez facile lorsqu'elle est sur un sol horizontal, devient très difficile lorsque le sol est incliné ou qu'elle doit élever le pied à la hauteur d'une marche ; elle éprouve également une grande difficulté à se relever lorsqu'elle s'est baissée pour ramasser un objet à terre.

Le plus habituellement, dans cette forme de paralysie, les premiers accidents consistent dans une faiblesse extrême, un état de parésie des membres inférieurs; ce n'est que plus tard que survient l'augmentation de volume des muscles, augmentation de volume d'autant plus remarquable qu'il est très fréquent de voir en même temps les muscles des parties supérieures s'atrophier. Ces muscles ainsi augmentés de volume sont durs au toucher, au moins dans une certaine période ; à une phase plus avancée, cette dureté diminue pour faire place à un certain degré de mollesse. Mais ce qui est très remarquable ici, c'est la manière dont la contractilité musculaire est modifiée. Le mouvement commandé est en effet exécuté, mais la contraction qui le produit cède brusquement, de telle sorte que les malades sont encore capables d'un effort médiocre, comme celui qu'exige la marche par exemple, à condition que l'effort nécessaire ne dure que très peu de temps ; mais si cet effort doit être prolongé, le mouvement voulu devient impossible.

La paralysie pseudo-hypertrophique peut d'ailleurs se montrer sous des formes un peu différentes de celle que présente cette malade. L'hypertrophie peut porter sur tous les muscles du corps ; dans d'autres cas, au contraire, elle est absolument localisée à trois ou quatre muscles et ce sont alors le plus souvent ceux de la région des mollets. Ces derniers faits sont d'autant plus importants à signaler qu'ils sont facilement la source d'erreurs. Récemment encore, on a publié l'observation d'un malade déclaré bon pour le service malgré l'attestation de deux médecins dont il recevait habituellement les soins, et qui le considéraient comme atteint d'une affection de la moelle ayant amené l'affaiblissement des membres inférieurs ; or, peu de temps après, ce malade dut être réformé parce que l'on constata chez lui les signes de la paralysie pseudo-hypertrophique limitée aux muscles du mollet.

On voit que le diagnostic d'une semblable affection est en général facile lorsqu'on connaît bien la marche de cette maladie, puisqu'il repose essentiellement sur la constatation de l'affaiblissement musculaire coïncidant avec l'intégrité apparente ou l'augmentation de volume des muscles affaiblis. Cependant au début de l'atrophie musculaire progressive, alors que l'atrophie est très peu marquée, il serait possible de faire une confusion. Il existe aussi une affection tout à fait exceptionnelle et qui a été observée récemment à l'hôpital Laënnec, avec laquelle la paralysie pseudo-hypertrophique pourrait être confondue; c'est ce qu'on a appelé la paralysie spasmodique. Il s'agissait, dans ce cas particulier, d'un individu faisant le métier d'athlète dans les fêtes publiques et qui présentait dans tous les muscles une sorte de crampe analogue à la crampe des écrivains. Les muscles étaient énormes, mais ne pouvaient rester contractés dans la même situation que pendant quelques instants. Ces phénomènes spasmodiques étaient dus évidemment, dans ce cas, à l'usage exagéré que cet homme avait fait de ses muscles.

Les faits de guérison dans la paralysie pseudo-hypertrophique sont extrêmement rares ; le plus souvent la maladie progresse, quelquefois avec une extrême lenteur, et les malades succombent dans le marasme ou par le fait de maladies intercurrentes. Cependant Duchenne (de Boulogne) a cité deux faits de guérison avérée, par l'emploi des courants continus et interrompus et par l'hydrothérapie; la même médication a été employée ici, et avec succès jusqu'à présent, puisque l'affection s'est beaucoup modifiée.

Toutefois on ne doit pas fonder trop d'espérance sur ce résultat, qui peut n'être que temporaire.

LARYNGOLOGIE.

Des Kystes du Larynx, par le Dr Moure.

L'étude des affections du larynx a, dans ces dernières années, acquis une importance considérable; cependant l'histoire des kystes de cet organe n'avait jusqu'alors été que fort incomplètement écrite. Dans un travail intéressant dont nous ne résumerons ici que les points importants, M. le Dr Moure a réuni tous les éléments disséminés dans la science et a pu écrire une monographie fort instructive sur ce sujet (1).

Les kystes du larynx, qu'il soient intra ou extra-laryngés,

(1) Journal de médecine et de chirurgie pratique. Juillet 1881.

(1) Etude sur les kystes du larynx, par le Dr J. M. Moure 1881. Delahaye et Lecrosnier. Editeurs.

sont des lésions rares. Leur siège de prédilection est, par ordre de fréquence: les cordes vocales inférieures, l'épiglotte (face linguale ou laryngée), les ventricules de Morgagni, les replis ary-épiglottiques et les cartilages aryténoïdes, où les kystes sont des lésions tout à fait exceptionnelles.

Les kystes laryngés offrent les mêmes symptômes que les autres tumeurs du layrnx, mais la voix présente très rarement les intermittences de clarté et de raucité que l'on retrouve dans les tumeurs pédiculées. L'altération de la voix, symptôme constant lorsque la tumeur occupe l'une des cordes vocales, est un guide à peu près certain pour indiquer l'âge du kyste; si le kyste occupe l'intérieur de l'un des ventricules de Morgagni les troubles vocaux pourront n'apparaître qu'au moment où la tumeur arrivera au niveau des cordes vocales inférieures.

Le seul moyen de reconnaître l'existence des kystes intra-laryngés est l'examen laryngoscopique qui seul peut fixer sur le siège, le volume, la forme, l'aspect du néoplasme ; la sonde indiquera sa consistance et devra toujours être employée pour reconnaître la fluctuation.

Dans les tumeurs de l'épiglotte, le toucher digital et l'abaissement forcé de la langue seront des éléments précieux de diagnostic qu'il ne faudra pas négliger ; mais ils ne sauraient suffire, surtout chez les adultes, et il faudra toujours leur adjoindre, lorsqu'il sera possible de le faire, l'examen de l'organe à l'aide du miroir laryngé.

Les kystes du larynx sont des tumeurs uniques, sessiles sur la muqueuse où elles sont implantées, ayant une forme arrondie, d'un volume qui varie entre un grain de millet et celui d'une graine de groseille pour les tumeurs intra-laryngées; du volume d'une graine de groseille à celui d'une cerise ou d'une amande pour les kystes de l'épiglotte. Leur surface est lisse, unie, plus ou moins transparente ; leur coloration est blanchâtre ou jaunâtre, opaline lorsqu'elles siégent sur les cordes vocales. Un réseau vasculaire plus ou moins délicat, très délié, parcourt souvent la surface de ces néoplasmes lorsqu'ils ont acquis un certain volume.

Leur structure anatomique et celle de leur contenu ne diffèrent nullement de celle des autres kystes développés dans la bouche ou sur la langue, etc. Ces tumeurs sont dues à la dilatation ampullaire des culs-de-sacs glandulaires dont les conduits excréteurs se sont oblitérés sous l'influence d'une cause assez difficile à déterminer. Les conduits excréteurs eux-mêmes peuvent subir la dilatation kystique et former des tumeurs que l'on a constatées dans l'organe vocal.

La marche des kystes du larynx est généralement progressive. Ils peuvent subir un arrêt dans leur développement, puis reprendre ensuite, sous l'influence d'une cause indéterminée, un nouvel accroissement ; mais généralement, ils mettent plusieurs années avant d'atteindre un volume assez considérable pour donner lieu à des symptômes qui permettent de soupçonner leur présence (nous exceptons les tumeurs développées sur les rubans vocaux.)

Les kystes du larynx dont des tumeurs bénignes pouvant se rompre subitement sous l'influence d'un effort (vomissements, cris, toux, etc.,) et leur contenu s'évacuer. La tumeur disparaît alors d'elle-même, sans laisser de traces de son passage.

Le diagnostic est facilement établi d'après les symptômes physiques observés par le médecin.

Le traitement qui nous semble le plus favorable est : A. — pour les kystes intra-laryngés l'écrasement à l'aide de la pince à polype, qui nous semble plus facilement praticable que l'excision de la tumeur avec le couteau à polype, ce dernier exigeant une tolérance du malade ou une anesthésie de l'organe vocal quelquefois dangereuse pour le patient. B. — pour les kystes de l'épiglotte, l'incision de la poche à l'aide de ciseaux courbés qui permettent d'enlever un véritable lambeau de la poche kystique.

Les récidives des kystes du larynx sont tout à fait exceptionnelles et n'ont été constatées qu'une fois, à la suite d'une simple ponction de la tumeur. Dans ces cas la tumeur se remplit à nouveau dans un temps relativement court.

PHARMACOLOGIE

De l'introduction d'une pharmacopée internationale.

(*Communication au Congrès médical international de Londres.*)

1. L'utilité et l'importance d'une pharmacopée universelle sont généralement admises par les Sociétés pharmaceutiques locales, par les Sociétés médicales et par les Congrès médicaux qui eurent lieu en 1875 à Bruxelles, en 1877 à Genève et en 1879 à Amsterdam. C'est évidemment le devoir de ces Congrès, et surtout de leurs sections pharmacologiques, d'encourager et d'aider de toutes manières les efforts tentés dans cette direction.

2. Ces efforts, cependant, n'ont pas encore été suivis de résultats proportionnels. Le Congrès pharmaceutique de Saint-Pétersbourg fit un grand pas dans la bonne direction (1874), en prenant en considération le projet d'une pharmacopée universelle préparé par la Société pharmaceutique de Paris. Mais l'appel qu'elle fit au gouvernement russe pour son intervention diplomatique ne fut pas couronné de succès. Les Congrès médicaux que nous avons mentionnés plus haut n'out pas non plus amené aucun progrès réel. Celui de Genève se contenta d'établir un comité international ; et la section pharmaceutique de Paris à communiquer son projet de pharmacopée et à le faire imprimer dans les transactions du Congrès (cela n'a pas encore été fait).

3. Le Comité international nommé à Genève fut dès l'abord gêné dans son action, mais en particulier par deux circonstances. En premier lieu, il était incomplet dans sa composition, plusieurs des pays les plus importants, tels que l'Allemagne, l'Autriche, la Russie n'y étant pas représentés. En second lieu, la tâche qu'il devait accomplir était trop étendue et trop mal définie. Elle comprenait non seulement l'introduction d'une pharmacopée universelle, mais encore l'initiative d'une « uniformité internationale en médecine », comme le désirait l'association médicale américaine. Il est donc à désirer : 1° qu'il soit ajouté au Comité des experts en pharmacie et en médecine qui puissent amener la coopération de pays non encore représentés; 2° que la seconde partie du mandat qui lui est confié soit supprimée, afin qu'il puisse exclusivement donner son attention à la création d'une pharmacopée universelle.

4. Les membres du Comité augmenté, présents au Congrès qui va avoir lieu, pourraient immédiatement adopter un plan d'organisation pour les démarches à faire, et, s'ils le pouvaient, présenter un rapport à ce sujet, soit au Congrès, soit à la section pharmacologique.

5. Les points suivants sont soumis à l'attention particulière du Comité, ils formeront la base nécessaire pour la pharmacopée universelle :

a. Langage. — La pharmacopée sera-t-elle en latin ou dans une langue moderne (des traductions officielles seraient naturellement admises) ? Dans tous les cas, les noms des drogues et des remèdes seraient-ils en latin avec l'addition des synonymes en langage courant ?

b. Poids et mesures, températures, etc. — Pour les poids et mesures, le système décimal français doit être adopté exclusivement. Toutes les températures devront être inscrites d'après l'échelle centigrade.

c. Nomenclature. — On devra appliquer l'uniformité stricte dans le nom botanique, etc., des drogues ; dans la nomenclature des

composés chimiques (ajoutant la formule moléculaire partout où il sera possible); dans le nom latin des préparations galéniques.

d. Arrangement. — Sera-t-il alphabétique ou systématique? ou une combinaison des deux, comme, par exemple, dans la dernière pharmacopée française?

e. Contenu. — Sera borné aux remèdes de grande importance et d'usage général. Ces derniers formeraient le noyau d'une pharmacopée universelle. Des suppléments contenant les remèdes employés dans les localités particulières pourraient être ajoutés.

f. Une réglementation uniforme quant au degré de pureté à exiger et aux méthodes d'essai à employer pour les drogues et les préparations chimiques les plus importantes; enfin, une table de doses maxima.

6. Quand on sera arrivé à un accord général sur les points énumérés ci-dessus, il serait à désirer que les membres du Comité et du Congrès en entier voulussent bien employer toute leur influence dans leurs pays respectifs pour amener une révision de leur propre pharmacopée nationale, révision qui serait en harmonie avec les vues et les tendances ainsi adoptées. De cette manière, l'introduction d'une pharmacopée universelle serait de beaucoup facilitée; les praticiens de tous les pays, aussi bien que la science médicale internationale, en recevraient en même temps les avantages immédiats.

Professeur Eulemburg (de Greifswald).

CHIMIE BIOLOGIQUE

LE LABORATOIRE

Analyse complète du lait (troisième mémoire sur le lait), par le Dr G. Esbach, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker. (*Suite.*)

Quelques conclusions sur l'étude du lait.

Dans le but de fixer mon opinion sur l'influence de certaines conditions, relativement aux variations présentées par le lait de vache, j'ai entrepris depuis le mois de novembre dernier, jusqu'en juin de cette année les expériences suivantes.

Six vaches, demandées en Normandie, furent mises à ma disposition par l'établissement bien connu sous le nom de *Laiterie Normande du champs de courses d'Auteuil.*

Inutile d'ajouter que ces animaux ont toujours été dans des conditions hygiéniques aussi intelligemment réalisées qu'il est possible.

Le lait analysé était prélevé sur *la totalité* de la première traite du matin pour chaque bête.

Quatre séries d'analyses ont été pratiquées, et, chaque fois, quand les vaches étaient habituées au changement de régime qu'on leur faisait subir. Nous allons voir que s'il y a une impressionnabilité inégale pour les divers sujets, néanmoins les moyennes expriment avec netteté le sens de certaines influences.

La première série commence deux mois après la parturition, alors que le lait a bien acquis sa composition dite normale.

Voici l'âge des vaches: première 9 ans, seconde 7 ans, troisième 8 ans, quatrième 6 ans, cinquième 6 ans, sixième 6 ans.

Tous les résultats sont rapportés au kilogr. de lait.

Première Série (16-24 novembre 1880).

Nourriture pour 6 vaches: betteraves et foin coupé, 100 kilog.; gros son, 29 kilogr.; orge, 7 kilogr.; foin ou luzerne, 30 kilog.

Total 116 kilogr. de nourriture pour les 6 vaches.

Vaches	Densité	Résidu fixe	Minéraux	Beurre	Caséine	Sucre diff.
1	1032,5	110	7,12	25,63	29,48	47,77
2	1035	127,2	7,4	35,58	36,66	47,56
3	1034	123	6,86	32,16	31,97	52
4	1034,5	139,8	6,76	45,53	36,19	51,32
5	1031	122,2	7,49	27,3	36,93	50,48
6	1033	133	8,07	42,98	32,18	49,77
Moy.	1033,8	125,87	7,28	34,86	33,9	49,82

Deuxième Série (6-15 décembre 1880).

Même nourriture, plus 25 kilogr. de carottes et 300 gr. de sel marin.

Vaches	Densité	Résidu fixe	Minéraux	Beurre	Caséine	Sucre diff.	Sucre Pol.
1	1031	100,6	7,38	21,86	30,5	40,86	40,6
2	1035	118,3	7,34	30,44	31,77	48,75	48,95
3	1035	122,64	7,11	32,53	32,29	50,71	50,2
4	1035	132,19	7,16	41,13	35,11	48,79	50,1
5	1033	122,95	7,51	34	32,67	48,77	48,23
6	1033	127.93	6,88	39,92	32,27	48,86	49,8
Moy.	1036,66	120,76	7,23	33,32	32,43	47,79	47,98

Troisième Série (17-24 mars 1881).

Identiquement le même régime qui dure depuis 3 mois.

Vaches	Densité	Résidu fixe	Minéraux	Beurre	Caséine	Sucre diff.	Sucre Pol.
1	1032	109,12	6,9	23,65	33,77	44,79	43,4
2	1034	121,44	7,14	32,66	33,82	47,82	49,06
3	1034,5	132,98	6,96	40,47	35,61	49,94	50,92
4	1034	136	7,08	42,94	37,88	48,09	49,83
5	1036	129,01	7,13	36,79	37,33	47,75	50,06
6	1032	135,12	7,53	49,42	34,15	44,02	46,64
Moy.	1033,75	127,28	7,12	37,65	35,42	47,07	48,32

Quatrième Série (24 mai au 2 juin 1881).

Les vaches sont en prairie. Elles ne reçoivent plus de sel.

Vaches	Densité	Résidu fixe	Minéraux	Beurre	Caséine	Sucre diff.	Sucre Pol.
1	1031	111,59	7,36	30,59	32,34	41,3	38,06
2	1032	133,65	6,73	46,80	31,39	48,72	46,42
3	1033,5	124,97	6,53	34,15	36,68	47,60	47,7
4	1035	131,95	6,8	39,13	35,53	50,5	48,81
5	1034,5	122.91	7,23	32,93	34,13	48,62	47,2
6	1033,5	130,81	6,97	42,99	33,44	47,41	46,01
Moy.	1033,2	125,98	6,94	37,76	33,92	47,36	45,7

Toutes les pesées ont été faites au dixième de milligramme et les calculs poussés jusqu'à la troisième décimale.

1° Nous voyons tout d'abord, en passant de la première à la seconde série, *l'influence du sel marin* introduit dans la nourriture. Bien que chaque animal *ait reçu en plus* 4 kilogr. de carottes, l'effet du sel est de *diminuer l'ensemble des matières fixes* qui tombe en moyenne de 126 à 121. Cette influence est très notable pour certains animaux, le n° 1 par exemple qui tombe de 110 à 101, le n° 2 qui au lieu de 127 ne donne plus que 118; le 4 tombe de 140 à 132, le 6 de 133 à 128. Que serait-ce donc si les animaux n'avaient pas reçu un supplément de nourriture.

Mais cette influence du sel *n'est pas persistante*, comme on le voit d'après la moyenne de la troisième série; bien qu'ici encore il y ait persistance de certaines *dispositions individuelles.*

Enfin, dans la quatrième série, les animaux ne reçoivent plus de sel marin et sont à la prairie. Nous revenons *pour le résidu fixe*, exactement au point de départ. C'est-à-dire que la nourriture des champs donne le même chiffre de matières fixes qu'à l'époque où les vaches avaient cessé d'aller en prairie, et recevaient cependant une nourriture relativement fraîche.

Nous remarquerons que s'il y a parité pour l'ensemble du

résidu fixe, il y a une légère différence dans les proportions des éléments organiques.

Ainsi la proportion de sucre est un peu plus faible à la prairie que quand la nourriture était riche en betteraves. (Comparez première et quatrième série.)

En tous cas il est un fait, c'est que, en dehors de dispositions individuelles, l'influence du genre de nourriture est beaucoup moindre sur la composition du lait qu'on ne serait porté à l'admettre au premier abord. Mais, betteraves, carottes ou herbes, c'est toujours du végétal, et l'ensemble des éléments nutritifs y est bien plus semblable, que si, ainsi que cela a lieu pour le lait de femme, on venait à introduire isolément soit un excès réel de sucre par la fécule, soit un excès d'azote par la viande. C'est ainsi que le lait des femmes de la classe aisée est parfois 2 et 3 fois plus riche en caséine que celui des femmes de la campagne ; mais il n'en est pas, pour cela, mieux supporté par de jeunes estomacs.

En résumé, l'influence la plus marquée est celle du sel marin dont l'effet est *plus ou moins accentué, plus ou moins persistant suivant l'animal*, et qui s'accuse par l'introduction dans le lait d'une *plus grande quantité d'eau*.

Cette *dilution physiologique* du lait a eu peu d'influence sur la densité ; ce qui, du reste, peut être en partie attribué à ce que, en même temps qu'on lui donnait du sel, l'animal recevait un supplément de nourriture.

2° Mais ce qui acquiert une grande importance relativement à la vérification du lait, c'est que *l'ingestion du sel marin n'a augmenté les minéraux que dans une proportion inappréciable*. Il en passe, en effet, fort peu dans le lait ; car voici la moyenne des minéraux solubles et des minéraux insolubles, pour chaque série, rapportés à 100 parties de cendres anhydres.

Première série :	Insolubles.	71,4	Solubles	28,6
Deuxième série :	»	69,6	»	30,4
Troisième série :	»	70,5	»	29,5
Quatrième série:	»	69,2	»	30,8

Or, puisque *l'ensemble des minéraux* n'a pas sensiblement changé, il n'est passé dans le lait qu'une trace de chlorure, et le rôle de celui-ci s'est surtout borné à augmenter la soif (et peut-être l'appétit) de l'animal.

Nous tenons donc un moyen de différencier *l'addition physiologique* d'eau par ingestion de sel, d'avec *l'addition frauduleuse* d'eau après la traite. Dans le premier cas, *l'ensemble* des minéraux n'est pas diminué dans le lait, tandis que dans le second il s'est abaissé proportionnellement au baptême pratiqué.

C'est surtout *l'ensemble des minéraux* qui doit servir de type pour la vérification du lait, et non pas la proportion relative des minéraux solubles et insolubles ; car ici apparaîtraient des dispositions individuelles. Voici, par exemple, la vache 1 qui dans toutes les séries a montré un chiffre plus faible des insolubles, plus fort des solubles, que les autres animaux : les insolubles sont tombés à 60 °/₀ des cendres et les solubles se sont élevés à 40 °/₀. Les autres animaux ont toujours donné des chiffres très voisins des moyennes inscrites dans le tableau.

3° Nous avons vu que les changements de nourriture ont très peu d'influence sur la composition du lait, appréciée sur les moyennes ; mais au contraire, nous devons remarquer que les différences sont notables, même pour des conditions identiques, si l'on passe d'un animal à l'autre, et ce sont ces aptitudes individuelles à introduire tel élément dans le lait, qui déterminent de beaucoup les différences des analyses, en supposant que les méthodes employées offrent quelque précision.

Le lait n'a donc pas une composition identique, chez des animaux de même espèce placés dans des conditions identiques. A plus forte raison si l'on compare un animal d'une espèce à un autre d'espèce différente.

(*A suivre.*) Dr Esbach.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

Correspondance : Elle comprend : 1° un pli cacheté de M. **Goodman-Marucheau** (accepté) ; 2° une note de M. **Peyruchon** (de Limoges), sur le pouvoir que possède l'éther nitreux alcoolisé ; 3° une note de M. le Dr **Bourgue** (de Rodez) sur la vaccine ; 4° un travail de M. **Dartigues** (de Pagol) intitulé : « Un nouveau traitement de la rage ».

M. **Constantin Paul** lit une note sur te traitement des tumeurs érectiles par la vaccination. Depuis que nous cultivons le vaccin sur la génisse, dit M. C. Paul, nous avons à notre disposition des quantités de vaccin qui permettent de recourir à des procédés plus efficaces pour faire pénétrer le vaccin. Le nouveau procédé qu'il a inventé consiste à couvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis à dessiner sous le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles qui seront plus tard des lignes cicatricielles, c'est-à-dire des lignes opposées à l'extension de la tumeur et à la rupture de ses vaisseaux. C'est le procédé qu'il a adopté pour la vaccination ordinaire. Il présente un enfant qu'il a opéré il y a six mois.

M. **Gosselin**, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. **Guyon** et **Tillaux**, lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr **Perrier**, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, intitulé : Deux observations de taille sus-pubienne, avec distension préalable du rectum (méthode de Petersen). » Deux motifs principaux ont empêché jusqu'ici les chirurgiens d'adopter la taille sus-pubienne comme méthode générale pour l'extraction de la pierre ; le premier est la crainte d'irriter le péritoine ; le second, la difficulté de s'opposer après l'opération à l'infiltration de l'urine au devant de la vessie et à ses conséquences. L'objet principal du mémoire de M. **Perrier** est de faire connaître un procédé nouveau destiné à garantir le péritoine dans le premier temps de l'opération. On y trouve aussi des détails intéressants sur la prophylaxie des infiltrations urineuses.

M. le Dr **Pétersen** (de Kiel), en vue d'éviter le maniement difficile chez certains sujets de la sonde à dard, emploie l'injection vésicale de **Roussel**, mais en y ajoutant une propulsion de la vessie en haut et en avant, au moyen d'un pessaire en caoutchouc de Gariel qu'il introduit dans le rectum et qu'il remplit d'eau ou d'air. Le pessaire, en se distendant, fait remonter la vessie, et avec elle le péritoine, ce qui permet d'inciser avec plus de sécurité la paroi abdominale et le réservoir urinaire. C'est ce procédé que M. **Perrier** a mis en usage le premier en France, et ce sont les résultats qu'il a obtenus qui font l'objet de son travail. Il rapporte deux observations qui, selon M. **Gosselin**, semblent prouver que la distension du rectum, préalablement à la taille hypogastrique, est un auxiliaire utile qui mérite d'être signalé. M. **Perrier** s'est aussi préoccupé des moyens propres à éviter l'urinémie ; pour cela il a eu recours au moyen suivant : pendant les vingt jours qui précèdent l'opération, il fait une injection quotidienne d'émulsion de gaulthéria (essence de Wintergreen) dans la vessie. On sait que, depuis quelques années, on combat la cystite muco-purulente par les injections antiseptiques. En même temps, il fait prendre chaque jour au malade 1 gr. 50 de salicylate de soude, pour rendre l'urine aseptique. M. **Gosselin** faisait prendre dans le même but, il y a une quinzaine d'années, avant l'uréthrotomie interne, de la tisane de pariétaire en grande quantité, et, plus tard, de l'acide benzoïque aux futurs opérés atteints de cystite ammoniacale.

Les soins consécutifs employés par M. **Perrier** ont surtout pour but de faciliter la sortie incomplète de l'urine au delà de la plaie. Pour cela, il met dans la vessie deux longs siphons, l'un par la plaie, l'autre par l'urèthre. Ajoutons que M. Perrier a eu recours à la méthode antiseptique.

M. **Polaillon** présente un opéré chez lequel il a reséqué l'extrémité inférieure des deux os de la jambe par un procédé qui diffère de celui qui est en usage en ce qu'il a conservé la malléole externe, dont la pré-

sence assure à la nouvelle extraction une grande solidité. Le procédé qu'il a employé dans ce cas, et qu'il propose pour l'avenir, est le suivant : 1er temps, résection sous-périostée, avec la scie à chaîne ou le ciseau d'un segment du péroné au-dessus de la malléole externe, que l'on laisse attachée à l'astragale et au calcanéum; 2e temps, décollement du périoste sur l'extrémité inférieure du tibia et luxation du pied en dehors; 3e temps, section de l'extrémité articulaire du tibia; 4e temps ; rugination ou section de la surface articulaire de l'astragale et rétablissement du pied dans la position normale.

M. **Miquel** lit un travail intitulé : « De la prédisposition à l'hystérie », dans lequel l'auteur fait ressortir l'influence des troubles menstruels sur la genèse de l'hystérie.

BIBLIOGRAPHIE

De la laxité articulaire liée à une influence générale comme cause prédisposante des arthropathies, par le Dr Aubeau. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1881.

Frappé de la facilité avec laquelle certains malades se font des entorses ou des luxations, M. Aubeau a voulu rechercher si une influence générale pouvait expliquer cette laxité articulaire ainsi que favoriser le développement des arthropathies. Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur.

1° A côté de la laxité monoarticulaire dépendant d'une cause locale, il y a lieu d'admettre une laxité plus ou moins généralisée, liée à une influence générale et particulièrement au lymphatisme et à la scrofule.

2° Quelle soit mono ou polyarticulaire, la laxité peut être congénitale ou non congénitale.

3° Elle est purement musculaire, purement ligamenteuse ou mixte. La laxité mixte est à la fois la plus fréquente et la plus importante.

4° Le relâchement des jointures joue un rôle important dans la pathogénie des maladies articulaires, soit comme cause prédisposante, soit à la fois comme cause prédisposante et comme premier degré de certaines arthropathies.

5° Il importe de reconnaître de bonne heure cette difformité des articulations, parce qu'à un degré avancé, elle n'est plus justiciable que d'un traitement purement palliatif.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte, par le Dr Ulmann. 1881. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Dans cette étude, le Dr Ulmann recherche quelles sont les causes dont l'action est la plus efficace dans la production de la cataracte. C'est, d'après l'auteur, dans la structure anatomique elle-même et dans le mode de nutrition du cristallin qu'il faut surtout placer la facilité avec laquelle cet organe devient opaque. Quand un dérangement sérieux se produit dans la nutrition générale, il se manifeste surtout dans les parties les moins bien nourries et, en particulier, dans le cristallin. Toutes les causes, communes ou rares, diabète, etc., qui apparemment forment la cataracte, ne sont que des causes occasionnelles qui hâtent le développement de l'affection, auquel le terrain est, selon l'individu, plus ou moins disposé. Cette prédisposition est naturellement plus fréquente dans l'âge avancé que dans la jeunesse, à cause des difficultés qu'éprouvent la nutrition et l'assimilation à cette époque de la vie. C'est, en résumé, un travail à consulter.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphthérie du pharynx et des voies respiratoires, par le Dr René Thomas. 1881. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Ce travail, fait en partie sous la direction de M. Cornil relativement aux examens histologiques, est très intéressant. L'auteur étudie surtout la structure des fausses membranes dans le pharynx et dans les voies respiratoires, les altérations des muqueuses sous-jacentes, l'adénite diphthéritique et, enfin la broncho-pneumonie diphthérique. En dehors des résultats de ses recherches personnelles, M. Thomas expose et critique les travaux récents publiés sur le même sujet et surtout ceux relatifs à l'inoculation de l'affection, aux microbes, etc. C'est un travail consciencieux et au courant des recherches récentes. Nous engageons fort nos lecteurs à lire cette thèse.

Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, par le professeur Courty (de Montpellier).—Deuxième partie. 1881. Asselin et Ce, éditeurs.

La première partie était consacrée, comme on le sait, à l'anatomie et à la physiologie et à l'étude des affections utérines en général. La seconde partie comprend dès lors la description des diverses affections de l'utérus, de l'ovaire et de la trompe, etc. Nous n'avons certes pas l'intention d'analyser tous les chapitres de ce volume qui contient environ 700 pages; nous nous bornerons à signaler les nombreuses modifications et additions qui font de cet ouvrage, non pas un traité entièrement nouveau, mais qui le mettent, dans toutes ses parties, au courant des acquisitions importantes de la science.

Les chapitres consacrés aux tumeurs fibreuses, à l'hypertrophie du col, au cancer, etc., ont reçu des additions étendues pour tout ce qui est relatif au traitement de ces diverses affections. Le traitement des kystes de l'ovaire et, en particulier, l'ovariotomie ont reçu tous les développements nécessaires.

Signalons aussi la description des hémorrhagies pelviennes, de l'hématocèle périutérine, etc. Enfin, dans un appendice, l'auteur a ajouté une série de petits chapitres intéressants, tels que : la névralgie vaginale, le vaginisme, la coccydinie, un grand nombre d'affections vulvaires et quelques pages consacrées à l'histoire de la périnéorrhaphie. C'est en résumé un traité dont tout le monde connaît la valeur et dont nous n'avons plus à faire l'éloge. Nous ne formulerons qu'un reproche, c'est que, pour un ouvrage daté de 1881, il nous semble que de nombreux travaux récents n'ont point été consultés. N'a-t-on pas proposé de traiter les tumeurs fibreuses par l'électricité, par les injections d'ergot de seigle ? Qu'en pense l'auteur? Nous n'avons rien trouvé à cet égard. Quand au livre lui-même, il est très soigné, comme tous ceux du reste qui sortent de chez l'éditeur Asselin.

Etude sur le catarrhe des premières voies respiratoires et ses rapports avec l'asthme, par le Dr Percepied, 1881. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Dans cette brochure, l'auteur étudie les rapports qui existent entre cette affection qu'on désigne ordinairement sous le nom d'angine glanduleuse et l'asthme. Les relations de ces deux affections avec l'arthritisme sont évidentes. Les eaux du Mont-Dore ont, dans ces cas, une efficacité réelle. C'est une brochure intéressante à consulter.

Notice sur les bains salins de Bex, par le Dr Th. Exchaquet. 1881. G. Bridel, éditeur (Lausanne).

La station de Bex, située aux sommets les plus élevés des Alpes vaudoises a, depuis sa fondation (1870), pris une grande importance. M. le Dr Exchaquet qui, depuis plusieurs années déjà, exerce à Bex, vient d'écrire une monographie fort intéressante sur cette station balnéaire. C'est là un travail consciencieux et que nous engageons nos confrères à lire. Ce sont des eaux chlorurées sodiques qui sont utiles principalement dans les

affections scrofuleuses, le rachitisme, dans la prophylaxie de la phthisie, etc.

Anatomie pathologique des kystes non dermoides de l'ovaire, par le Dr E. Quenu. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1881.

Le grand nombre d'ovariotomies qui se pratique actuellement à Paris a permis à M. Quenu d'étudier la structure histologique des kystes de l'ovaire. Ces kystes doivent être divisés en kystes dermoïdes et kystes non dermoïdes ; c'est cette dernière variété que décrit M. Quenu dans sa thèse.

L'auteur divise les kystes en cinq classes : la première, de beaucoup la plus importante, comprend la grande majorité des kystes qu'on opère, c'est la classe des adénomes ou cysto-épithéliomes. La seconde comprend les hydropisies folliculaires; la troisième, les kystes hématiques; la quatrième, les kystes hydatiques; la cinquième, les tumeurs kystiques d'origine conjonctive (fibromes et sarcomes kystiques). C'est là un travail fort intéressant que nous ne pouvons malheureusement analyser longuement, comme il le mériterait.

De l'hystérie chez l'homme, par le Dr Klein. Octave Doin, éditeur.

Ce travail est basé sur 80 observations. L'hystérie chez l'homme se manifeste à peu près avec les mêmes symptômes que chez la femme. Comme chez elle, on rencontre la forme convulsive et la forme non convulsive; dans quelques cas on a observé la chorée hystérique. Enfin, l'homme peut présenter des accès de somnambulisme, des attaques cataleptiques ou démoniaques. C'est là un travail intéressant qui constitue la monographie la plus complète et la plus récente que nous ayons sur l'hystérie chez l'homme.

THÉRAPEUTIQUE

Du sulfate de cuivre ammoniacal contre les névralgies rebelles

On connaît les bons effets que M. le Dr Féréol a obtenu de l'emploi du sulfate de cuivre ammoniacal dans les cas de névralgies rebelles. Il y a dix-huit mois à peu près qu'il a publié les premières observations. Dernièrement, devant la Société de thérapeutique, il a rapporté de nouveaux faits montrant l'efficacité, sinon constante de ce médicament, au moins très fréquente. Deux observations proviennent du service de M. Moutard-Martin. Dans l'une, il s'agit d'une femme de 29 ans, qui, traitée depuis plusieurs mois sans succès pour une névralgie de la cinquième paire, fut guérie après douze jours de traitement par le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 0,10 centigr. par jour. La seconde malade, âgée de 36 ans, était atteinte d'une névralgie certico-occipitale; elle fut guérie au bout de six jours. Ajoutons cependant que, dans quelques cas, la guérison n'est pas toujours aussi rapide et aussi complète.

Voici comment M. Féréol formule l'emploi de ce médicament.

Cachets de sulfate de cuivre ammoniacal :

Sulfate de cuivre ammoniacal.	0 gr. 20.
Sous-nitrate de bismuth.	2 gr. 50.

Mêlez et faites dix cachets.

Prendre cinq de ces cachets par jour, deux au courant de chacun des deux principaux repas, dans un peu d'eau, le cinquième entre les repas, de même; avaler une petite tasse de lait par dessus

On fait augmenter la dose progressivement jusqu'à dix cachets par jour, en ayant soin de les faire prendre toujours au courant des repas, ou avec un peu de lait, pour éviter l'action directe de la poudre sur les parois stomacales. On a pu ainsi en continuer l'usage sans inconvénient pendant trois semaines. Dans une note paru dans la Gazette des Hôpitaux (mai 1881), M. Burq, étudiant les conditions du succès dans le traitement des névralgies en général et de la névralgie faciale en particulier par le cuivre, comme par d'autres métaux, arrive à ces conclusions que, sauf exception, le sulfate de cuivre ammoniacal en poudre, peu importe la préparation, ne guérit la névralgie faciale que dans les deux cas suivants :

1° Lorsque la névralgie est une névrose à retentissement dans tout l'organisme, qui se manifeste surtout par une anesthésie ou une amyosthémie proportionnelle, si ce n'est pas les deux à la fois, et par des troubles vaso-moteurs ;

2° Lorsque la caractéristique du sujet est la sensibilité cuivre. Quand le cuivre n'a point d'action dans une névralgie faciale ou autre de cette nature, il faut rechercher, à l'aide des procédés métalloscopiques aujourd'hui connus, quel est le métal auquel répond réellement le sujet, et ce métal, une fois trouvé, on obtiendra sûrement de son administration les mêmes bons effets que ceux qu'on avait d'abord espérés du cuivre.

Les métaux n'ont point de prise sur les tics en général et sur le tic facial en particulier.

La clinique seule, par des observations bien étudiées, pourra confirmer ou infirmer ces objections.

Indications de l'allaitement maternel.

La supériorité de l'allaitement par le sein et en particulier de l'allaitement maternel est évidente et nul ne la discute ; mais il y a des femmes qui, malgré des apparences parfois vigoureuses, n'ont pas de lait, d'autres au contraire, d'aspect maladif, élèvent de très beaux enfants. Aussi, d'après M. Archambault, l'apparence grêle de la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement. La diathèse scrofuleuse elle-même ne saurait empêcher la mère de donner le sein; s'il y a transmission dans ce cas c'est par hérédité et non directement par le lait. Il y a d'ailleurs des femmes qui, en allaitant dans ces conditions, voient leur état général s'améliorer.

La tuberculose, au contraire, constitue d'autant plus une contre-indication qu'ici l'allaitement est également contraire aux intérêts de l'enfant et à ceux de la mère.

L'herpétisme et l'arthritisme ne sauraient empêcher l'allaitement si la santé générale est bonne.

La syphilis met la mère dans l'obligation formelle de nourrir, d'autant plus qu'une mère ne contracte jamais la syphilis de son enfant; c'est là ce qu'on appelle la loi de Coles.

En outre de ces faits principaux, M. Archambault passe en revue quelques points particuliers. Une femme anémique peut nourrir lorsque son état ne présente pas de gravité; il en est de même pour les névropathes. Les dyspeptiques voient parfois, par l'allaitement, leur état général se modifier, leur appétit augmenter et les troubles digestifs disparaître; elles doivent donc nourrir. La grande jeunesse de la mère ne constitue pas un obstacle à l'allaitement. (*France médicale*, juillet 1880.)

Potion antirhumatismale pour les enfants.

Voici la formule que le Dr Archambault emploie dans son service :

Salicylate de soude	4 à 6	grammes.
Rhum	30	—
Sirop de limons	30	—
Julep gommeux	30	—

F. s. a. Une potion à donner en quatre fois dans les vingt-quatre heures. Cette potion est prescrite trois jours de suite aux enfants de 5 à 10 ans, atteints de rhumatisme articulaire aigu. A partir

de la troisième dose, l'amélioration est évidente, à la quatrième, la douleur cesse presque complètement. (*Revue de thérapeutique.*)

Prurit vulvaire.

Le prurit vulvaire est une des affections les plus rebelles qu'on puisse avoir à traiter. Chez une malade de l'hôpital Saint-Louis, appartenant au service de M. le Dr Ernest Besnier, après avoir usé sans succès de tous les moyens possibles pour calmer les démangeaisons, ce qui, en dernier ressort, réussit le mieux, ce furent des applications avec la pommade diachylum ainsi composée :

Onguent diachylum simple }
Huile d'olive } parties égales.

D'autre part, M. le Dr Delaporte préconise, dans ces mêmes affections prurigineuses, l'emploi de lotions suivantes :

Eau	300	grammes.
Glycérine neutre	100	—
Eau de Cologne	75	—
Phénate de soude	25	—

Ces lotions doivent être répétées toutes les fois qu'il y a exaspération de la démangeaison et particulièrement le soir au moment du coucher. Elles sont faites froides, ou mieux tièdes, avec une éponge fine imbibée de la solution.

(*Journ. de méd. et de chir. pratique.*)

Traitement de la phthisie chez les enfants.

M. Archambault emploie l'hyperphosphite de chaux d'après la formule suivante :

Hyperphosphite de chaux	4	grammes.
Eau	200	—

Une cuillerée à dessert après le repas dans un peu d'eau additionnée d'un peu d'eau-de-vie. (*France médicale*, juillet 1880).

VARIÉTÉS

Différend entre le Dr Crestey et son concierge ; responsabilité du propriétaire, sa condamnation.

La 5e chambre du Tribunal civil de la Seine vient de rendre un arrêt qui intéresse tous les concierges, les propriétaires et les locataires, principalement les locataires.

Aux termes de cette décision le locataire peut exiger que le concierge ne le trouble pas dans l'exercice de sa profession; en outre, en cas de préjudice, le propriétaire est responsable des faits et gestes de son concierge.

M. Crestey est médecin, il habite une maison appartenant à Mme Houssoit dont les époux Horliac sont concierges.

M. Crestey se plaint: 1° que les propriétaires ne lui remettent que tardivement les lettres qui lui sont adressées ; 2° qu'ils répondent faussement qu'il est sorti et qu'il ne rentrera que plus tard aux personnes qui viennent le demander.

Voici d'ailleurs les principaux considérants de cet arrêt qui ne fait d'ailleurs que confirmer une jurisprudence parfaitement établie :

Considérant qu'il résulte de l'enquête à laquelle il a été procédé que les époux Horliac, concierges de la maison où Crestey occupe un appartement comme locataire, et qui appartient aux époux Houssoit, ont systématiquement employé des moyens vexatoires pour lui nuire et l'entraver dans l'exercice de sa profession de médecin, soit en lui remettant tardivement les lettres de ceux de ses clients qui l'appelaient près d'eux, soit en faisant des réponses évasives ou inexactes à ceux qui se présentait en personne à son domicile;

Qu'il a constaté que des dépêches officielles émanant de l'administration publique à laquelle il est attaché ont été indûment conservées par les époux Horliac pendant plusieurs jours;

Que ces faits se sont fréquemment reproduits et qu'indépendamment du préjudice causé à Crestey, ils sont de nature à lui imposer des craintes légitimes pour l'avenir;

Qu'il n'apparaît pas, en effet, que les époux Houssoit aient pris des mesures propres à prévenir le retour de ces abus ; que le locataire a incontestablement le droit d'exiger que les concierges préposés par le propriétaire à la garde de sa maison ne troublent pas celui-ci dans l'exercice de sa profession, alors surtout qu'ils ont été pleinement informés de la nature de cette profession et des inconvénients qu'elle peut entraîner;

Que les époux Houssoit ont commis la double faute de ne pas astreindre leurs concierges à l'accomplissement de leur service, et surtout de ne pas mettre fin aux actes qui ont motivé les plaintes de Crestey;

Qu'en présence de la gravité de ces actes et de la résistance passive des époux Houssoit, il y a lieu d'ordonner que dans le délai et à peine des dommages-intérêts qui seront déterminés par le dispositif du présent arrêt, ils seront tenus d'expulser les époux Horliac de leur maison;

La Cour dit et ordonne que dans le délai de huitaine à partir de la signification du présent arrêt, les époux Houssoit seront tenus d'expulser de leur maison les concierges époux Horliac, et faute par eux de le faire dans ledit délai, et celui passé, les condamne dès à présent à payer à Crestey la somme de 30 francs par jour, pendant quinze jours, après quoi il sera fait droit.

Syndicat des médecins du Havre.

Les médecins du Havre et de la banlieue se sont réunis en société confraternelle sous le nom de Syndicat médical havrais.

Art. 1er. — *Formation du Syndicat.* — 1° Le syndicat comprend tous les médecins de la ville et de la banlieue qui veulent bien y adhérer ; 2° L'adhésion au syndicat existe du moment où un médecin domicilié au Havre ou dans la banlieue s'est inscrit lui-même sur un registre ad hoc ; 3° Cette adhésion entraîne l'engagement de verser chaque année une cotisation de 12 francs ; 4° Tout retard dans ce versement excédant six mois a pour conséquence la radiation du confrère oublieux et n'ayant pas tenu compte des avis du trésorier.

Art. 2. — *Chambre syndicale.* — 1° Le syndic médical a pour organe exécutif une commission appelée chambre syndicale, nommée pour un an et composée de cinq membres : un président et quatre adjoints ; l'un de ces derniers remplit les fonctions de secrétaire trésorier ; 2° La chambre est chargée de veiller à tout ce qui se rattache à l'exercice de la profession médicale et aux intérêts de chacun de ses membres ; 3° La chambre syndicale se réunit toutes les fois qu'elle le juge convenable et utile ; 4° Tous les deux mois, elle convoque au syndicat tous les ahérents, qui sont tenus d'assister à cette réunion, à moins d'un empêchement légitime. Les membres absents n'ont pas le droit de prendre part au vote ; 5° Toute absence non justifiée donnera lieu à une amende ; 6° Le président de la chambre syndicale reçoit, conserve et classe, pour être utilisés en temps et lieu, tous les documents que lui adressent les membres du syndicat ; 7° A la chambre syndicale appartient le droit de décider l'impression et la publication de tel document qu'elle juge utile au syndicat ; 8° Chaque réunion générale, la date, l'heure et le lieu où elle sera convoquée seront annoncés huit jours à l'avance, sauf cas urgent, par un avis spécial ; 9° Le président a la direction des débats ; il résume le travail du jour avant la fin de la séance, et

il indique les questions à éclairer et à étudier pour la réunion suivante.

Additionnellement, les médecins du Havre se sont engagés à se conformer aux règles de déontologie confraternelle déjà formulées par l'Association des médecins du Havre.

NOUVELLES

— La fièvre jaune au Sénégal. — La fièvre jaune continue ses ravages à Saint-Louis. Jamais ce fléau (la fièvre jaune) n'a été plus terrible. Le nombre des personnes frappées parmi les blancs est de 120 dont 20 civils.

— Aux Antilles, la fièvre est en progression, surtout à la Martinique.

— A Cuba (Havane), les chiffres des décès ont été de 16 et 25 pour les premières semaines de juillet, avec un taux de mortalité générale de 44,2 et 48,1 p. 1,000; 21 décès dans la dernière semaine du mois et 120 malades en ville.

— A Rio-de-Janeiro on enregistre chaque semaine 2 à 3 décès par *vomito negro.*

— Le choléra. — Le choléra morbus a fait son apparition dans l'Inde : 27 et 19 décès dans la deuxième quinzaine de mai, à Calcutta, 37 et 31 dans les premières semaines de juin.

— La guerre de Tunisie et l'insuffisance du service médical. — L'insuffisance du service de santé militaire qui se révèle par les demandes de médecins civils, pour une guerre qui commence à peine, est chose établie. Mais chose plus triste, c'est de voir attaquer le courage de ceux qui sont dans ce climat meurtrier, exposés aux influences épidémiques qui atteignent nos soldats, et qui n'ont rien de ce qui est nécessaire pour soigner ces malades.

Le meilleur moyen de justifier le courage de nos confrères, c'est de publier la liste des médecins militaires qui, victimes de leur devoir, ont contracté des maladies en prodiguant leurs soins à nos soldats. La divulgation de ce martyrologe de notre corps de santé permettra, en outre, d'apprécier le caractère odieux des insinuations lancées dans une circulaire de l'intendance contre les médecins militaires, représentés comme cherchant en masse à fuir le danger. Voici le motif médical de chaque congé de convalescence accordé à des officiers de santé depuis le commencement de l'expédition de Tunisie, dans les trois hôpitaux de La Calle, Bône, Philippeville. Ces congés ont été accordés à :

MM. Jehl, pour fièvre typhoïde.
Boyer, —
De Santi, —
Gouell, —
Duchesne, —
Speiser, —
Gringoire, —
Jacquemet, — *mort en arrivant à Bordeaux.*
Bruant, — n'a pu encore quitter La Calle, à cause de la gravité de la maladie.
Augé, pour dyssenterie aiguë.
Czernicki, —
Lévi, —
Coustan, rechute de diarrhée de Cochinchine.
Chassagne, hépatite et dyspepsie.
Martino, hyperhémie cérébrale, suite d'insolation.
Sarazin, affection organique du cœur (en instance de retraite). (*Paris médical.*)

Paris. — Typ. A. PARENT. A. DAVY, Succr, rue M.-le-Prince, 31.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.